

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

FACULTAD DE ENFERMERIA



**CUIDADOS DEL LICENCIADO EN ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON
DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME NEFRÓTICO**

TRABAJO ACADEMICO

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN EL
CUIDADO NEFROLÓGICO**

PRESENTADO POR

MAGDA RUTH NUÑEZ MARQUEZ

ASESORA:

MG. ANA MARIA AMANCIO CASTRO

LIMA – PERÚ

2017

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	03
AGRADECIMIENTO	04
RESUMEN	05
ABSTRACT.....	06
INTRODUCCION.....	07
CAPITULO I.....	11
BASES TEORICAS.....	11
CAPITULO II	18
PRESENTACION DEL CASO CLINICO	18
CAPITULO III.....	28
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	28
CONCLUSIONES.....	36
RECOMENDACIONES.....	36
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	38
ANEXO	40

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado fortaleza y permitido llegar hasta este momento tan importante en mi carrera. Para mis padres, por su comprensión y apoyo en todo momento, sin importar nuestras diferencias de opiniones, y por haberme enseñado a encarar las adversidades sin desfallecer en el intento. Ellos que me han dado todo lo que soy como persona, mis principios, perseverancia y empeño sin pedir nada a cambio.

También se lo dedico a mi hijo quien ha sido mi mayor motivación para nunca rendirme en los estudios y poder llegar a ser un ejemplo para él.

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de investigación fue realizado bajo la supervisión de la Mg Ana María Amancio a quien me gustaría expresarle mi más profundo agradecimiento, por su apoyo y motivación para la elaboración de este trabajo. Además agradecer su paciencia, tiempo, dedicación y por brindarme sus consejos y sus ideas. Por su orientación y atención a mis consultas, por el material facilitado y sugerencias recibidas para que esto saliera de manera exitosa.

Pero este trabajo de investigación también es fruto del apoyo vital que me ofrecieron las personas que me estiman, sin ellos no tendría la fuerza y energía que me animaría a crecer como persona y como profesional.

A mis padres por ser como son, gracias a su trabajo y esfuerzo lograron sacarme adelante, sin ellos no hubiera alcanzado mis metas y sueños. Por su confianza y apoyo brindado, por ser mi ejemplo y enseñarme a seguir aprendiendo cada día.

A todo muchas gracias.

RESUMEN.

El presente caso clínico, desarrolla un plan de cuidados de enfermería a una paciente con diagnóstico de síndrome nefrótico, bajo el enfoque del sistema de apoyo educativo de la teoría General del autocuidado de Dorothea Orem. El objetivo fue aplicar la teoría del Auto cuidado de Orem, a través del proceso de atención de enfermería, a fin de promover las prácticas de auto cuidado en beneficio de la salud y el bienestar del paciente.

En la etiología del síndrome nefrótico están presentes gran parte de las enfermedades renales primitivas e incluso diversas enfermedades sistémicas que puedan estar asociadas.

Caso clínico desarrollado mediante el proceso de Atención de Enfermería utilizando las taxonomías de Diagnósticos de Enfermería de la NANDA, la clasificación de los resultados y clasificación de las Intervenciones de Enfermería; sustentando en los principios de la teoría de Dorothea Orem.

Se concluyó que el proceso de Enfermería vinculado con la Teoría de Dorotea Orem; permitió la aceptación de la enfermedad, mejorar las practica de auto cuidado con participación de la familia. Se recomienda continuar con la actualización de las guías de atención de enfermería, respecto a los cuidados del paciente con síndrome nefrótico.

Palabras clave: autocuidado, síndrome nefrótico, plan de cuidados de enfermería, enfermedad renal.

ABSTRACT.

The current clinic case, evolve a nursing care plan to a female patient with a nephrotic syndrome diagnosis, under educational support system approach of self-care general theory by Dorothea Orem. The pursue is implement Orem self-care theory, through nursing care process, in order to promote self-care practices for patient's benefit and health.

In nephrotic syndrome etiology are present significant proportion of primitive kidney diseases and even various systemic diseases that may be associated.

Clinic case evolve through Nursing Care process using Nursing Diagnostics taxonomies of NANDA international, classification of results and classification of Nursing Interventions; underpinning in principles of Dorothea Orem theory

It was concluded that Nursing process linked to Dorotea Orem theory, allowed disease acceptance, improve self-care practices with family participation. It is recommended continue with nursing care guides updating, regarding to patient care with nephrotic syndrome.

Key words: Self-care, nephrotic syndrome, nursing care plan, kidney disease.

INTRODUCCION

El síndrome nefrótico puede aparecer en cualquier nefropatía intrínseca o sistémica que dañen los glomérulos, aunque este padecimiento es propio de la niñez, también afectan a los adultos, incluidos los ancianos. Las causas más frecuentes son: glomerulonefritis crónica, diabetes mellitus con glomeruloesclerosis intercapilar, amiloidosis renal, lupus eritematoso sistémico, mieloma múltiple y trombosis renal (1).

La manifestación más común en el síndrome nefrótico es la pérdida de proteína plasmática, especialmente la albúmina en la orina. Si bien es cierto que el hígado puede aumentar la producción de la albúmina pero no logra producir la cantidad necesaria a la pérdida diaria a través de los riñones; siendo el resultado la hipoalbuminemia (1).

Se determina mediante los exámenes de laboratorio la presencia de proteinuria superior a 3,5 g/día en adultos y 40 mg/m² en niños, así mismo presenta hipoalbuminemia, edemas, hiperlipidemia e hipercoagulabilidad. Con los estudios realizados se conoce que el mecanismo más común a las enfermedades renales causantes del síndrome nefrótico es la pérdida de la selectividad de la barrera de filtración glomerular, siendo la que facilita el ingreso de las proteínas al espacio urinario (2).

En los casos presentados y estudiados a lo largo del tiempo se observa que las lesiones anatomopatológicas responsables de producir con mayor frecuencia en el síndrome nefrótico son la nefropatía por cambios mínimos (NCM), la glomeruloesclerosis focal y segmentaria (GFS), la nefropatía membranosa (NM) y, con menor frecuencia, la glomerulonefritis membranoproliferativa

(GMP), y la nefropatía diabética y encontrándose como lesiones secundarias las nefropatías por depósito de inmunoglobulinas (2).

Los datos que con mayor frecuencia se encuentran están centrados en analizar la capacidad de los niveles urinarios de proteinuria tubular como marcador precoz del deterioro de la función renal, analizando que la excreción urinaria de beta-2 microglobulina (β_2m) e IgG son predisponente a la aparición de insuficiencia renal, caracterizada por el aumento de la creatinina superior al 50% o una creatinina sérica superior a 1,5 mg/dl, siendo los datos de un conjunto de pacientes con función renal basal normal (2).

Se sabe que el síndrome nefrótico es una enfermedad considerada como crónica no transmisible, pero tiene la propiedad de ser dañino para los órganos diana por afecciones del mismo grupo, tales como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. En los datos adquiridos muestran en la estadísticas un crecimiento significativo de las personas afectadas por este mal que alcanza dimensiones pandémicas, siendo las poblaciones desarrolladas y en vías de desarrollo las más susceptibles de sufrir una enfermedad renal crónica, debido al envejecimiento poblacional, desde los puntos de vista tanto físico como psicológico (3).

Conociendo el incremento de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada y la complejidad de los cuidados que realiza el profesional de enfermería, se pretende demostrar la efectividad e importancia de la aplicación de algunos modelos y teorías de enfermería en el cuidado del paciente nefrológico (3).

Con los conocimientos brindados por el profesional de enfermería al paciente con enfermedad renal, se llega a cumplir que el autocuidado es muy importante cuando se refiere a pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC), ya que en los estudios dado por expertos colombianos muestran que esta enfermedad es de alto costo por generar un fuerte impacto económico y causar un efecto

nocivo para la calidad de vida del paciente y su familia, incluidas las repercusiones laborales; se estima que su manejo ha comprometido en los últimos años aproximadamente el 2 % del gasto en salud del país y el 4 % del gasto en seguridad social en salud. Según datos del Ministerio de la Protección social, en la cuenta de alto costo para el 2011, se reportaron 640.492 personas afectadas por esta enfermedad, con una tasa de mortalidad del 10.63 % por 100.000 afiliados (4).

De acuerdo a los estudios se conoce que todo paciente con insuficiencia renal crónica y que reciba como tratamiento la diálisis peritoneal, deben cambiar su estilo de vida para sobrevivir, aprendiendo y realizando actividades para cuidar de sí mismo; todo ello le permitirá mantenerse en su entorno social, laboral y familiar independientemente. El éxito de su tratamiento y la pronta recuperación dependerá de la capacidad de autocuidado que tengan para desarrollar actividades de la vida diaria y enfrentar así los cambios que se den durante el periodo de su enfermedad; siendo ello un área que requiere de valoración y orientación del autocuidado (5).

Afortunadamente en la actualidad se dispone de tratamientos alternativos que han venido a favorecer la calidad de vida de los pacientes con síndrome nefrótico, siendo los más comunes: el trasplante renal, la hemodiálisis, la diálisis peritoneal continua ambulatoria y la diálisis peritoneal intermitente; apoyándose esta última en máquinas cicladoras computarizadas y en bolsas gemelas que prevén garantizar cada vez mayor la seguridad en los procedimientos.

El conocimiento y correcta aplicación de los cuidados del licenciado en enfermería en la patología crónica renal, es de gran importancia para la evolución favorable de la enfermedad y el tratamiento. Se pretende con la realización de este trabajo informar la importancia de la prevención y las complicaciones de dicha enfermedad, para ellos se brindará la información

sobre la educación y los cuidados multidisciplinarios según a las principales necesidades del paciente, para poner en práctica las intervenciones necesarias que contribuyan a una mejor praxis y calidad asistencial.

El propósito del presente trabajo realizado en el Hospital Guillermo Almenara, fue aplicar el proceso de enfermería en sus distintas etapas (Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación), educar y encaminar al paciente en su cuidado y tratamiento, logrando también que la familia forme parte de su atención, favoreciendo en su recuperación. Como objetivo específico: Valorar los factores que ponen en riesgo el estado de salud del paciente y su familia, brindando así los cuidados del profesional de enfermería en base a las necesidades del paciente. El trabajo está dividido en Capítulo I: Bases teóricas, capítulo II: Presentación del caso clínico y capítulo III: Diagnóstico de enfermería que incluye además conclusiones y recomendaciones pertinentes para tratar este tipo de paciente.

CAPITULO I

I.1 Base teóricas

El síndrome nefrótico se evidencia cuando el volumen del filtrado glomerular se reduce por debajo de 20 a 30 ml/min produciendo que la urea y la creatinina se eleven a más de 40 mg/dl y 4 mg/dl, respectivamente, dando como resultado la acidosis metabólica.

El daño ocasionado en el glomérulo genera la liberación de demasiada proteína en la orina (proteinuria) mayor o igual (\geq) a 50 mg/kg/d o 40 mg/m² /hora, niveles bajos de proteína en la sangre (hipoproteinemia o hipoalbuminemia), ascitis y en algunos casos, edema, colesterol alto (hiperlipidemia o hiperlipemia), (*tabla 1*) (6).

I.1.1 Fisiopatología

El evento primario en el síndrome nefrótico es la proteinuria, secundario a lo cual se produce la hipoalbuminemia.

La causa que estas proteínas atraviesen y aparezcan en la orina se debe a que el glomérulo este afectado por una inflamación o una hiliarización (formación de material homogéneo cristalino dentro de las células). El hígado aumenta la síntesis de albúmina para intentar compensar esta situación, elevándose también la producción de proteínas, especialmente las lipoproteínas y alfa-2 macroglobulina, siendo la lipoproteína la causante de la hiperlipidemia que incrementa el riesgo cardiovasculares en estos pacientes (7).

Por otra parte, existen estudios que plantean un trastorno primario en la reabsorción de sodio en el túbulo distal, presente incluso antes de la caída de la albuminemia plasmática.

I.1.1.1 *Nefronas.*

En cada riñón hay entre uno y dos millones de nefronas que se encargan de la función principal del riñón.

En los estudios de las nefronas se observan que hay varios segmentos, cada segmento esta tapizado por un tipo de epitelio morfológicamente diferenciado para desempeñar un papel particular en la formación de orina, cada uno con una configuración especial y con una posición definida en la corteza y medula renal (8).

I.1.1.2 *Filtración glomerular*

El origen de la orina se da por la separación de glomérulos, de un ultra filtrado proveniente del plasma, el cual está libre de proteínas. Así, el mecanismo de la ultrafiltración glomerular depende esencialmente de dos fenómenos: el primero es resultado principal de las características anatómicas del glomérulo y el segundo es efecto por fuerzas hemodinámicas provenientes de las presiones oncóticas e hidráulicas en el capilar glomerular (8).

I.1.1.3 *Mecanismo de la proteinuria*

Como es de todo conocido, el glomerular forma parte de la barrera que limita el ingreso masivo de proteínas desde la luz del capilar al espacio urinario.

Se conoce que el capilar glomerular consta de tres estructuras principales: el endotelio, la membrana basal glomerular y el epitelio con sus podocitos. Las alteraciones producidas en el síndrome nefrótico es producido por la proteinuria mayor a 3.5 g/24 h produciendo: edema, dislipidemia, estado de hipercoagulabilidad y mayor susceptibilidad a las infecciones (9).

I.1.1.4 Mecanismo de hipoalbuminemia

En la patología del síndrome nefrótico se ha comprobado que el catabolismo de la albúmina está disminuido y por el contrario la síntesis de albúmina aumentada. Si bien es cierto que el organismo nefrótico tiene la capacidad de aumentar la síntesis de albúmina, es insuficiente la producción para evitar la hipoalbuminemia, debido a una incapacidad específica para responder adecuadamente a la pérdida de albúmina aumentado de manera proporcional la síntesis de esta proteína (9).

I.1.1.5 Mecanismo del edema

En el síndrome nefrótico el mecanismo de la formación del edema se debe a la hipoalbuminemia, que es más frecuente en niños y se asocia a un estado de depleción de volumen plasmático y otro en adultos donde predomina la disfunción tubular, pérdida de la natriuresis, retención de sodio y expansión del volumen plasmático(9,6).

La hipoalbuminemia produce la disminución de la presión oncóticas plasmática ocasionando el desequilibrio de Starling y la consecuente fuga de líquido al intersticio, así como disminución del volumen circulante efectivo. Este infra llenado conduce a la retención de sodio y agua mediados por la activación del

sistema renina – angiotensina – aldosterona (SRAA), incrementando así la hormona antidiurética, produciendo así la aparición del edema, (*tabla 2*) (10).

I.2 Epidemiología

En los estudios realizados en Estados Unidos y Europa se llegó a deducir que la incidencia de este síndrome es mas en los niños, estimándose 1-3 por 100.000 niños, y a nivel mundial la incidencia es de 2 a 7 por cada 100.000 niños, y prevalencia acumulada de 16 por 100.000 menores. Un estudio en Nueva Zelanda encontró que la incidencia del síndrome nefrótico llegó a ser casi alrededor de 20 casos por millón de niños menores de 15 años, (*tabla 3*)(11).

I.3 Diagnóstico

Para diagnosticar se evalúa sus antecedentes de enfermedades infecciosas, sistémicas, o de fármacos consumidos. Si ni la anamnesis, ni la exploración física, ni las pruebas de base dan luces de la etiología, se debe proceder a la imagenológica, pruebas serológicas específicas, y biopsia, examen de creatinina en la sangre, depuración de creatinina, esto se realiza con la finalidad de establecer una causa primaria o secundaria (enfermedad sistémica, fármacos, drogas, etc.). Como se ha mencionado ya, la proteinuria es la manifestación clave del síndrome nefrótico y por tanto, el primer dato a investigar ante la sospecha diagnóstica. La recolección de orina de 24 horas constituye el estándar de oro para la evaluación cuantitativa de proteinuria, el médico tratante debe determinar si la muestra es adecuada o no mediante el contenido de creatinina de la muestra (10).

I.4 Manifestaciones clínicas.

- Proteinuria masiva mayor o igual a 3.5 g en 24 horas
- Hipoalbuminemia < 3 g/dl
- Edema generalizado
- Hiperlipidemia/lipiduria
- Hematuria

I.5 Evaluación de laboratorio.

I.5.1 Proteinograma.

Según a los resultados, la concentración de las proteínas plasmáticas se encuentra notablemente disminuida, principalmente la albumina llegando a niveles por debajo de 2.5 gr/dL (25 gr/L). La proteína está por debajo de 50gr/L en el 80% de los pacientes y por debajo de 40gr/L en el 40%.

I.5.2 Lípido.

La hiperlipidemia, es como resultado secundario al incremento de la síntesis hepática de colesterol, triglicéridos y lipoproteínas. En los resultados realizados en distintos pacientes se observa que el colesterol total y el colesterol LDL están elevados y el colesterol HDL puede estar disminuido o normal. Los pacientes con hipoalbuminemia grave tienen aumento de los triglicéridos y VLDL.

I.5.3 Electrolitos

- Sodio.- En pacientes con síndrome nefrótico el sodio sérico se encuentra disminuido, por ello se explica el aumento de la producción de la hormona antidiurética, retención de agua y la hiperlipidemia. La disminución leve de la concentración de sodio en plasma, puede también ser un factor relacionado a la hiperlipidemia.
- Calcio.- En estos casos el calcio total se encuentra disminuido, resultado por la hipoalbuminemia, pero el calcio ionizado esta entre sus valores normales, aunque puede disminuir debido a la pérdida urinaria de 25-hidroxivitamina D (controlador del calcio).
- Potasio.- Puede estar normal o elevado en pacientes oligúricos.

I.5.4 Tratamiento

En el tratamiento del síndrome nefrótico comprenden medidas terapéuticas orientadas al tratamiento de las complicaciones tales como la retención de sodio y agua; por lo tanto se debe disminuir la ingesta excesiva de sal (menos de 3 g de NaCl en 24 h).

En pacientes con edema de grado leve, el empleo de diuréticos como las tiazidas es más que suficiente y en casos de edema moderado – grave (ascitis, anasarca) los diuréticos de asa (furosemida o bumetanida), cada 8 – 12 horas, son considerados como de primera elección, una vez iniciado el tratamiento de tiazidas, es importante evaluar los niveles de electrolitos séricos y evitar la depleción abrupta de volumen que condicione al daño renal agudo (8).

CAPITULO II

II.1 Presentación del caso clínico

Paciente adulta joven, de sexo femenino de 29 años de edad, con Diagnóstico médico Síndrome nefrótico, e hipertensión arterial, se encuentra en su unidad en posición semifowler, en compañía de su familiar, refiere “Me falta un poco el aire, no puedo respirar muy bien y me agito al caminar, también he notado que se me han hinchado mis piernas y hace varios días orino de a poco media espumosa y bien cargada, tampoco me he realizado mi diálisis”

Al examen físico, despierta, lucida y orientada en tiempo, espacio y persona, en regular estado general, con escleras ictéricas, piel tibia al tacto, ligeramente pálida, con apoyo ventilatorio de cánula nasal a 4L X min. SaTO2 94% con disnea, mucosa oral poca hidratada, con aliento urémico, adelgazada, con cansancio y agitación al hablar, abdomen blando depresible no dolorosa a la palpación y a la auscultación se notó la presencia de gases, portador de catéter Tenckhoff (catéter peritoneal) cubierto en mal estado de conservación, edema en MMII ++/+++, tono muscular disminuido, micción espontanea. No realiza actividad física, ni recreativas.

Se controla Funciones Vitales: P/A 170/100 mmhg, Frecuencia respiratoria: 32 x min., Frecuencia Cardíaca: 110 x min. T° 37°C.

- Datos de filiación:
 - ✓ Edad cronológica : 29 años
 - ✓ Dirección : calle Enrique Barrón N° 211
 - ✓ Fecha de nacimiento: 03 abril de 1988
 - ✓ Estado civil : Soltera
 - ✓ Grado de instrucción: Secundaria incompleta
- Antecedentes:
 - ✓ Diabetes mellitus : niega
 - ✓ Tuberculosis : niega

- ✓ Alergia algún medicamento: niega
- Datos de hospitalización:
 - ✓ Hospital de salud : Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen
 - ✓ Diagnóstico médico: síndrome nefrótico
 - ✓ Fecha de hospitalización: 13/08/2017
- Funciones biológica:
 - ✓ Apetito : Disminución de apetito
 - ✓ Eliminación : Deposiciones normales, orina Disminuida – hematúrica
 - ✓ Sueño : No puede dormir más de 6 horas
 - ✓ Sed : Aumentado
 - ✓ Actividad : Disminuida
- Medicamento habitual:
 - ✓ Captopril 25 mg
 - ✓ Aspirina 100 mg
 - ✓ Furosemida 20 mg
 - ✓ Atorvastatina 20 mg
- Medición:
 - ✓ Peso: 72 kg.
 - ✓ Talla: 1.65 cm.

II.2 Exámenes de laboratorio.

Exámenes: 13/08/2017

PROTEÍNAS TOTALES Y FRACCIONADAS	RESULTADOS
Proteínas totales	9.00 g/dl
Albumina	2.2 g/dl
Globulinas	1.90 g/dl
Calcio en suero	10.2 mg/dl
Sodio	146.4 mEq/l
Potasio	4.22 mEq/l
Cloro sérico	104.1 mEq/l
PROTEINURIA	RESULTADOS
Volumen recolectado	1020 MI
Horas de recolección	24 Horas
DEPURACION DE CREATININA	RESULTADOS
Depuración de creatinina	139.82 ml/min
Volumen minuto	0.71 mg/dl
Creatinina en suero	0.79 mg/dl
Hematíes	25 X campo
Gérmenes	Regular cantidad
Cilindros	Leucocitario

Examen: 15/08/2017

PERFIL LIPIDICO	RESULTADOS
Triglicéridos	114.00 mg/dl
Colesterol	224.00 mg/dl
Colesterol HDL	28.80 mg/dl
Colesterol LDL	156.00 mg/dl

PERFIL HEPATICO	RESULTADOS
Fosfatasa alcalina	86.00 U/L
TGP – ALAT	68.00 U/L
TGO – ASAT	65 U/L
Bilirrubina total	0.20 mg/dl

Examen: 15/08/2017

HEMATOLOGIA	RESULTADOS
PERFIL DE COAGULACION	
Recuento de plaquetas	174
Fibrinógeno	4.00
Tiempo parcial de tromboplastina	36.39
Tiempo de trombina	22.14
Tiempo de protrombina	10.14
CUADRO HEMATICO	
Recuento de leucocitos	4.67
Recuento de eritrocitos	5.32
Hemoglobina	10.8
Hematocrito	32.60
Recuento de eosinofilos	3.20
Recuento de linfocitos	31.60
Recuento de basófilo	0.30
Recuento de monocitos	7.50
Recuento de segmentados	57.40

II.3 Diagnóstico médico.

- ✓ Síndrome Nefrótico

- ✓ Insuficiencia respiratoria aguda
- ✓ Hipertensión arterial
- ✓ hipoalbuminemia
- ✓ Proteinuria
- ✓ Uremia
- ✓ Edemas.

II.4 Tratamiento médico.

A continuación se presenta la terapéutica médica empleada en la paciente:

- ✓ Dieta hipo sódica
- ✓ Cloruro de Sodio I / 24h
- ✓ Captopril 25 mg 1 Tb, c/12 hr.
- ✓ Aspirina 100 mg c/ 24 horas.
- ✓ Albumina 20 % c/12 horas
- ✓ Furosemida 20 mg c/24 hora.
- ✓ Hidrocortisona 100 mg 1 ampolla. c/ 8hr.
- ✓ Atorvastatina 20 mg
- ✓ Diálisis Peritoneal.

II.5 Dominios.

Dominios	Tipos de datos
Dominio 1: Promoción de la salud	Datos subjetivos: <ul style="list-style-type: none"> – Refiere:” me falta el aire, me canso al hablar y mis piernas están hinchadas, sé que no he cuidado mi alimentación y tratamiento”. Datos objetivos: <ul style="list-style-type: none"> – Edemas en MMII ++/+++ – Disminución del apetito – Hipertensión arterial.
Dominio 2: Nutrición	Datos subjetivos: <ul style="list-style-type: none"> – Refiere: “No tengo apetito” Datos objetivos: <ul style="list-style-type: none"> – Recibe dieta completa, sin tolerancia. – Disminución del apetito – Hipertensión arterial – Edemas.
Dominio 3: Eliminación	Datos subjetivos: <ul style="list-style-type: none"> – Refiere: “Estoy haciendo deposiciones normales pero hace varios días orino de a poco media espumosa y bien cargada ” Datos objetivos: <ul style="list-style-type: none"> – Presenta deposiciones normales – Balance hídrico positivo – Orina Hematúrica.
Dominio 4: Actividad / reposo	Datos subjetivos: <ul style="list-style-type: none"> – Refiere: “Me falta un poco el aire, no puedo respirar muy bien y me agito al caminar” – “No realizo actividad física, ni creativas”

		<ul style="list-style-type: none"> – “no puedo dormir más de 6 horas” <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Se observa ligera palidez, debilidad muscular. – Disnea – Polipnea.
Dominio Percepción cognitivo	5:	<p>Datos subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Entiende la gravedad de su salud <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Despierta , comunicativa – Nivel de conciencia: Glasgow 15 puntos <p>Puntaje total: Verbal(5), Ocular (5), Motora (5)</p>
Dominio Autopercepción	6:	<p>Datos subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Refiere “No he cuidado mi salud, me siento agitada y cansada“ <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Higiene corporal afectada – Presenta aleteo nasal – Agitación al caminar
Dominio 7: Rol / relaciones		<p>Datos subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Refiere “Me siento arrepentida de no haberme cuidado y realizar mi diálisis”. <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Edemas, oliguria. – Buena relación familiar
Dominio 8: Sexualidad		<p>Datos subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Refiere “Desearía tener un hijo cuando me mejore”. <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Utiliza métodos anticonceptivos

Dominio 9: Afrontamiento / tolerancia al estrés	Datos subjetivos: – Refiere: “Me preocupa mi estado de salud y me siento ansiosa”. Datos objetivos: – Intranquila – Agitada.
Dominio 10: Principios vitales	Datos subjetivos: – No manifiesta Datos objetivos: – Religión: Católica
Dominio 11: Seguridad / protección	Datos subjetivos: – No manifiesta Datos objetivos: – Catéteres invasivos: Periférico – Movilidad disminuida – Presenta Catéter de diálisis peritoneal en mal estado de conservación.
Dominio 12: Confort	Datos subjetivos: – Refiere “estoy cansada de estar en esta posición” Datos objetivos: – En miembro inferior: Edemas ++/+++. – Posición semi fowler

II.6 Cuidados generales del licenciado en enfermería:

- ✓ Educar al paciente para favorecer en el tratamiento de la Diálisis peritoneal.

- ✓ Control de la tolerancia nutricional.
- ✓ Control y vigilancia de las características de la orina, valorando los electrolitos en el organismo mediante los exámenes de laboratorio.
- ✓ Educación para el autocuidado en la alimentación, higiene y tratamiento.
- ✓ Ayudar a la ventilación, verificando la permeabilidad del dispositivo de oxígeno: Cánula nasal
- ✓ Lograr mejorar el intercambio gaseoso y evitar la agitación.
- ✓ Brindar asesoramiento nutricional al paciente y familia.
- ✓ Disminuir ansiedad y lograr que paciente y familia participe en su cuidado.

II.7 Adherencia al tratamiento.

La licenciada en enfermería educará e involucrará al paciente activamente en la decisión de las medidas terapéuticas para poder lograr una correcta adherencia al tratamiento, y poder llevar un buen control. El paciente por su parte, cumplirá con sus tratamientos según prescripción, realizará los cambios de estilo de vida recomendados, cumplirá con los análisis solicitados. Todos los logros realizados gracias a la educación del profesional de enfermería y el interés de recuperación del paciente.

II.8 Diagnóstico de enfermería:

DOMINIO/ CLASE	ETIQUETA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA
Dominio 2 / Clase 5	Exceso de volumen de líquidos	R/C alteración de los mecanismos	E/P Edemas.
Dominio 2 / Clase 1	Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades	R/C cambios en el estado de salud	E/C Disminución del apetito.
Dominio 3 / Clase 1	Deterioro de la eliminación urinaria	R/C patología de fondo	E/C oliguria.
Dominio 4 / Clase 4	Patrón respiratorio ineficaz	R/C hiperventilación	E/P Disnea.
Dominio 9 / Clase 2	Ansiedad	R/C Cambios en el estado de salud	E/C expresión verbal.
Dominio 11 / Clase 2	Deterioro de la integridad cutánea	R/C procedimiento invasivo	E/C Catéter periférico y catéter Tenckhoff
Dominio 11 / Clase 1	Riesgo de infección R/C	R/C procedimientos invasivos	E/C catéter de diálisis en mal estado de conservación.
Dominio 7 / Clase 3	Desempeño ineficaz del rol	R/C Vinculación inadecuada con el sistema de cuidado de la salud	E/C adaptación inadecuada del cambio.

CAPITULO III

III.1 Proceso de atención de enfermería

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANTEAMIENTO	INTERVENCIONES	EVALUACION
Datos subjetivos: – Refiere: “No tengo apetito” Datos objetivos: – Recibe dieta completa, sin tolerancia. – Disminución del apetito – Hipertensión arterial. – Edemas.	Real: Exceso de volumen de líquidos R/C alteración de los mecanismos E/P Edemas. Dominio 2: Nutrición Clase 5: Hidratación.	Objetivo general: Paciente mantendrá valores normales de electrolitos con las intervenciones y tratamiento del profesional de enfermería durante estancia hospitalaria. Paciente disminuirá edemas y podrá movilizarse sin dificultad.	Controlar los cambios de peso antes y después de la diálisis peritoneal. Observar signos de sobrecarga/ retención de líquidos: - Mantener Balance hídrico negativo. Monitorización de las funciones vitales. Coordinar con el personal de nutrición para la administración: - Dieta hipo sódica, controlando la ingesta de los	- Paciente logra el equilibrio de líquidos y electrolitos, con la diálisis peritoneal efectiva. - Funciones vitales dentro de los parámetros normales. - Disminución de edemas de los MMII y puede realizar sus actividades, sin dificultad.

			<p>alimentos y observar la tolerancia</p> <p>- Orientar al familiar los cuidados y nutrición que debe brindar a la paciente en casa.</p> <p>Monitorizar estado de hidratación de la paciente.</p>	
--	--	--	---	--

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANTEAMIENTO	INTERVENCIONES	EVALUACION
<p>Datos subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Refiere “Estoy haciendo deposiciones normales pero hace varios días orino de a poco media espumosa y bien cargada ” <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Presenta deposiciones normales. – Balance positivo. – Orina Hematúrica. 	<p>Real:</p> <p>Deterioro de la eliminación urinaria R/C patología de fondo E/C oliguria.</p> <p>Dominio 3:</p> <p>Eliminación e intercambio</p> <p>Clase 1 : Función urinaria</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Paciente logrará realizar sus necesidades biológicas (orina) sin alteración, gracias a las intervenciones del profesional de enfermería cumpliendo con indicaciones durante estancia hospitalaria.</p>	<p>Orientar y educar al paciente y familia sobre la importancia del cumplimiento de la diálisis peritoneal.</p> <p>Administrar diuréticos según indicación médica controlando P/A.</p> <p>Observación de las características de la orina.</p> <p>Valorar el exceso de sobrecarga.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Paciente logra realizar diuresis sin dificultad, habiendo disminuido la sobrecarga y manteniendo un balance hídrico negativo.

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANTEAMIENTO	INTERVENCIONES	EVALUACION
Datos subjetivos: – Refiere: “Me falta un poco el aire, no puedo respirar muy bien y me agito al caminar” – “No realizo actividad física, ni creativas” – “no puedo dormir más de 6 horas” Datos objetivos: – Se observa ligera palidez, debilidad muscular. – Disnea – Polipnea.	Real: Patrón respiratorio ineficaz R/C hiperventilación E/P Disnea. Dominio 4: Actividad y reposo Clase 4: respuesta cardiovascular / pulmonares.	Objetivo general: Paciente logrará recuperar patrón respiratorio, durante el turno con las intervenciones del licenciado en enfermería.	Brindar Oxigenoterapia. - Verificar la permeabilidad del dispositivo de oxígeno: Cánula nasal - .Favorecer la ventilación, colocándolo al paciente en posición fowler o semifowler. - Verificar la eficacia de la oxigenoterapia mediante la (oximetría) Monitorización respiratoria: ritmo, frecuencia, profundidad y esfuerzo de la respiración. Se realiza la toma la muestra de Gases Arteriales y se valora	- Paciente queda con apoyo ventilatorio, con FR. 18 – 20 / min. - SaTO2 95 – 100 % - Gasometría arterial dentro de los parámetros normales.

			<p>resultados con médico tratante para determine el estado del paciente.</p> <p>Se coordina con radiodiagnóstico para la realización de la RX tórax.</p> <p>Verificar signos de alarma: Cianosis, aleteo nasal, tiraje intercostal</p>	
--	--	--	--	--

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANTEAMIENTO	INTERVENCIONES	EVALUACION
<p>Datos subjetivos:</p> <p>Refiere: “Me preocupa mi estado de salud y me siento ansiosa”.</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Intranquila – Agitada. 	<p>Real:</p> <p>Ansiedad R/C</p> <p>Cambios en el estado de salud E/C</p> <p>expresión verbal</p> <p>Dominio 9:</p> <p>Afrontamiento/ tolerancia al estrés.</p> <p>Clase 2: _Respuestas de afrontamiento.</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Paciente disminuirá su ansiedad con el apoyo del profesional de enfermería, durante la estancia hospitalaria</p>	<p>Vigilar signos de alarma.</p> <p>Escuchar activamente, para aclarar preguntas y para favorecer así la manifestación de sus sentimientos.</p> <p>Brindar orientación y consejería integral para el paciente y familia sobre los cambios en su salud.</p> <p>Coordinar para la interconsulta de Psicología y poder brindar una atención complementaria ayudando así en el ámbito espiritual y emocional de la</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Paciente disminuye su ansiedad. - Se logra que familia participe en el cuidado de su paciente.

			<p>paciente logrando la fase de aceptación.</p> <p>Ayudar al paciente identificar una meta de cambio específico.</p> <p>Observar la necesidad por parte del paciente para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo y alimentación.</p> <p>Hacer que la familia participe en el cuidado de su paciente.</p> <p>Brindar comodidad y confort, ayudará a tolerar su estado durante la estancia.</p>	
--	--	--	--	--

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANTEAMIENTO	INTERVENCIONES	EVALUACION
<p>Datos subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – No manifiesta <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Catéteres invasivos: Periférico – Movilidad disminuida – Presenta Catéter de diálisis peritoneal en mal estado de conservación. 	<p>Potencial:</p> <p>Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos E/C catéter de diálisis en mal estado de conservación.</p> <p>Dominio 11:</p> <p>Seguridad y protección</p> <p>Clase 1:</p> <p>Infección.</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Paciente disminuirá el riesgo de infección y no presentara signos de alarma con las intervenciones del profesional de enfermería y tratamiento médico durante su estancia hospitalaria.</p>	<p>Vigila signos de alarma</p> <p>Controlar la temperatura.</p> <p>Realizar lavado de manos en los 5 momentos.</p> <p>Curación del punto de inserción del catéter (Diálisis Peritoneal) para disminuir signos de infección.</p> <p>Administrar antibióticos según lo requiera.</p> <p>Educar al paciente y familia la importancia del lavado de manos, en los tiempos antes y después de manipulación del catéter.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Paciente no presenta signos de infección durante estancia hospitalaria. - Punto de inserción del catéter en buen estado de conservación. - Paciente realiza higiene de manos efectivamente, antes y después de realizar su diálisis peritoneal.

CONCLUSIONES.

Al realizar este trabajo podemos afirmar que se han logrado los objetivos marcados, y concluir que:

- ✓ Paciente logra realizar la diálisis peritoneal, favoreciendo significativamente en la regularización de los valores normales de los signos vitales y manteniendo los valores hidroeléctricos del organismo
- ✓ Paciente mejora su ventilación, logrando tolerar la posición de decúbito.
- ✓ Se permitió brindar el conocimiento sobre su autocuidado de nutrición, higiene y tratamiento de su enfermedad, logrando así a la vez la adaptación de los cambios de su enfermedad.
- ✓ La aplicación de los cuidados y la valoración exhaustiva de las necesidades del paciente nos garantiza brindar cuidados de calidad y la continuidad de los mismos, buscando así mantener la hemodinámica y la recuperación del paciente, con las intervenciones del personal de enfermería.
- ✓ Paciente valora la importancia de la bioseguridad, lavándose las manos antes y después de la manipulación del catéter evitando así las infecciones.

RECOMENDACIONES

- ✓ Mantener actualizadas las guías de atención de enfermería; así como los protocolos de atención y planes de cuidados para este tipo de pacientes, y poder así lograr que el personal de enfermería siga aplicando los cuidados necesarios en bienestar de ellos.
- ✓ Aplicar los cuidados de enfermería de una manera continua para obtener resultados favorables.
- ✓ El personal de enfermería debe ofrecer educación oportuna y eficaz al paciente y familia para que esta forme parte de su tratamiento del paciente, como elemento esencial de la recuperación.
- ✓ Implementar plan de visitas domiciliarias para evaluar el nivel socioeconómico, el análisis del entorno familiar y social, conducta personal y familiar, y conocer

la distribución de los espacios, principalmente donde se realizará la diálisis, identificando así los aspectos relevantes de las necesidades del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bare BG., Connell SC., et al. Bruner y Suddarth enfermería medico quirúrgica. 10ª. México: Alejandro bravo Valdez; 2005.

2. Medrano AS., Cáceres CC., et al. Biomarcadores en el síndrome Nefrótico: algunos pasos más en el largo camino. [Internet]. 2012 [citado junio 2017]; 32 (5): Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952012000700002
3. Martínez RR.: Modelos de enfermería integrados al cuidado del paciente nefrológico. INFOMED [Internet]. 2012 [citado junio 2017]; 28 (4). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/121/29>
4. Algarra CAJ., Díaz FJ.: Capacidad de autocuidado de los pacientes en diálisis peritoneal. EG [Internet]. 2013 [citado julio 2017]; 12 (30): 11. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n30/clinica4.pdf>
5. Acuña GPC, Kugkumas KJN.: Capacidad de autocuidado en pacientes que asisten al programa de Diálisis peritoneal ambulatoria continua; 1 (1) Tarapoto; 2012. Disponible en: <http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/1263>
6. Martínez MM., Rodicio JL., Acosta HJ., Tratado de Nefrología. [Internet]. 2nd ed. Madrid. ED.; 1993 [julio 2017]. Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=aTBSfwcDUMkC&pg=PR15&lpg=PR15&dq=quien+es+barry+brenner&source=bl&ots=OHKjjQltvo&sig=j_zU7Z7nts_qwVLVvjRHcpx3um0&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwirjvusvenWAhWFH5AKHeGoCQEQ6AEIRDAI#v=onepage&q&f=false
7. Montoliu J. Fisiopatología del Síndrome Nefrótico [Internet]. 1990 [Julio 2017]; 10 (9) :1-5. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-fisiopatologia-del-sindrome-nefrotico-X0211699590044273>
8. Ordoñez SOH. Síndrome Nefrótico. Medigraphic. [Internet]. 2008 [Agosto 2017]; 3 (3): 1-7. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2008/rr083e.pdf>
9. Laso MDC., Adragna M., Alconcher L., Ignacio J., Miceli S., Sierro A. et al. Consenso de tratamiento del síndrome nefrótico en la infancia. Arch.argent.pediatr. [Internet]. 2014 [citado 04 Nov 2013]; 112(3). Disponible: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752014000300020

10. De la Hoz IR., Santana MM. Síndrome nefrótico resistente a corticoides en pediatría, actualización. [Internet]. 1. Barranquilla; 2016. [citado 30 de oct 2017]. Disponible en: <http://repository.unilibre.edu.co/handle/10901/10226>

ANEXO

Tabla 1. Secuencia de eventos en el síndrome nefrótico.

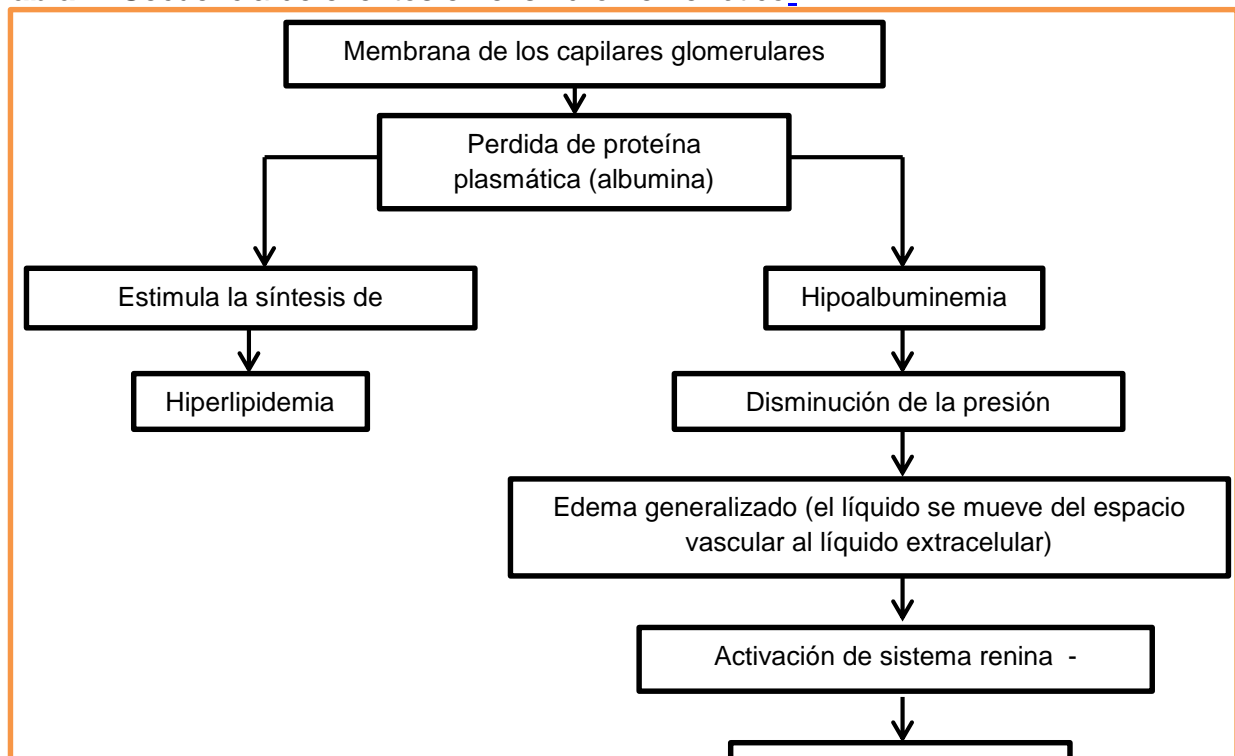


Tabla 2 Hipótesis de Formación del edema en Síndrome Nefrótico, fotografía tomada del trabajo Síndrome Nefrótico resistente a corticoides en pediatría. Barranquilla.2016

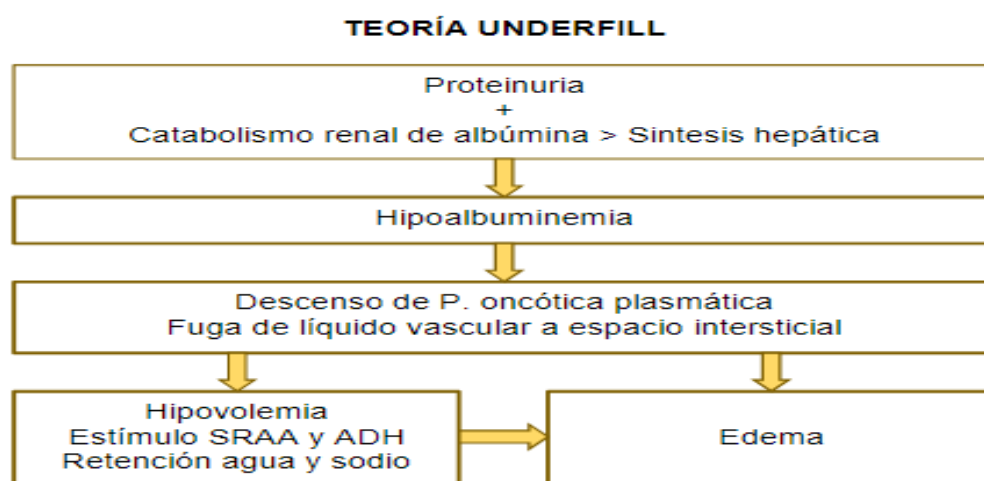


Tabla 3 fotografía tomada del trabajo Síndrome Nefrótico resistente a corticoides en pediatría. Barranquilla.2016

Causas secundarias de Síndrome Nefrótico

INFECCIONES	
Hepatitis B	Hepatitis C
Virus de la Inmunodeficiencia Humana	Toxoplasmosis
Sífilis	Malaria
ENFERMEDADES O CONDICIONES	
Amiloidosis	Lupus
Purpura Henoch-Schönlein	Nefropatia por IgA
Linfoma	Glomerulonefritis membranoproliferativa
MEDICAMENTOS/DROGAS	
Litio	Drogas anti-inflamatorias
Heroína	Penicilamina
Sales de oro	Interferon γ
Pamidronato	

FISIOPATOLOGIA

SÍNDROME NEFRÓTICO.

Fisiopatología.

